

Leir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



433084
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/11/2012	4-Data de Autorização 03/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50210492	7-Data Validade da Senha 02/10/31/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 00379994066339046	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SANDECH CONSULTORI	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702805178746469
13-Nome GILBERTO BENTO DE SOUZA 10/02/1985		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano GILBERTO BENTO DE SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA GOLD SAUDE	18-Número no CRO 35384	19-UF RJ	20-Código CBO S 06	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01298472598	22-Nome do Contratado Executante AMABILI BOSI DE AGUILAR DA MATA	23-Número no CRO 35384	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante AMABILI BOSI DE AGUILAR DA MATA		27-Número no CRO 35384	28-UF RJ	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	21/01/21		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	21/01/21		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	21/01/21		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	21/01/21		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIID		1	36,00	0,00		S	21/01/21		
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	M	1	61,00	0,00		S	21/01/21		
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00		S	21/01/21		
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	V	1	61,00	0,00		S	21/01/21		
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 21/01/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 361,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação GOLD SAUDE MACAÉ LTDA.			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/01/21 Macaé - RJ	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/01/21 Macaé - RJ	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/01/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/01/21